ZDROWIE I·ŻYCIE

DZIENNIK·URZĘDOWY IZBY·ZDROWIA W·GENERALNYM GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

Zamawianie i opłata czasopisma

»ZDROWIE I ŻYCIE«

tylko przez właściwy urząd pocztowy

Reklamacje

w razie niedoręczenia czasopisma kierować nie do Wydawnictwa, lecz do urzędu pocztowego, w którym dokonano wpłaty na prenumeratę

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 16 (33). Rocznik II. | Kraków, 20. 4. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

O zagadnieniu prostytucji i chorób wenerycznych

Napisał: Dr. Buurman, Miejski Radca Sanitarny, Kraków.

Jednym z najważniejszych zadań państwa jest nadzór nad zdrowotnością ludności. Dla zapewnienia narodowi trwałego bytu koniecznym jest odsunięcie od niego wszelkich niebezpieczeństw, które jego zdrowiu zagrażają, oraz nieustanna praca nad utrzymaniem biologicznego zdrowia i jego rozwojem. Najpiękniejszą nagrodą tych starań jest nadzieja stworzenia narodu składającego się z jednostek zdrowych duchowo i cieleśnie.

Wśród zadań polityki ludnościowej państwa i w ogólnym kierowaniu sprawami lekarskimi wedle wymogów zdrowotności narodu jednym z największych zagadnień, jakie należy rozwiązać, jest skuteczne zwalczanie prostytucji, jako najgłówniejszej szerzycielki chorób wenerycznych.

Na wstępie kilka uwag z dziedziny higieny społecznej. Znaczenie chorób wenerycznych polega z jednej strony na ich wielkim rozpowszechnieniu i wynikających stąd znacznych szkodach. *Tabes*, paraliż i liczne inne cierpienia nerwowe, schorzenia serca, naczyń i aorty, występują jako następstwa kiły. Rzeżączka powoduje w wielkim odsetku (10%) ciężkie powikłania, jak zapalenie pęcherza, zapalenie najądrza, zapalenie gruczołu krokowego, wiewióra oczu, schorzenia macicy i jajników, reumatyzm stawowy, wady zastawek sercowych, ogólną posocznicę itd.

Ale znaczenie chorób wenerycznych polega także na ich wielkim rozpowszechnieniu. Na podstawie ostatniego spisu, dokonanego w Rzeszy niemieckiej w r. 1934, przy którym jednak nie wliczono dalszych następstw kiły, jak *tabes*, paraliż i zapalenie tętnicy głównej, można wnioskować o rocznym przyroście chorych wenerycznie w Rzeszy w wysokości około 225.000 przypadków, z czego kiła 50.000 i rzeżączka 175.000. Jeżeli do tego corocznego przyrostu doliczy się jeszcze nie wyleczonych chorych wenerycznie z lat poprzednich, to rocznie może znajdować się w leczeniu u lekarzy około 500.000 chorych wenerycznie. Co do Polski nie dysponujemy żadnymi dającymi się zużytkować liczbami, jednakże można tu śmiało ilość chorych wenerycznie oceniać znacznie wyżej. Wedle statystyki b. polskiej Dyrekcji Kolejowej w Warszawie odczyn Wa przy badaniu około 5.000 kolejarzy wypadał dodatnio w 5,6% przypadków. Czy od czasu ostatniego spisu w Rzeszy w r. 1934 nastąpił tam istotny spadek chorób wenerycznych, dałoby się to całkiem na pewno stwierdzić tylko na podstawie dokładnego spisu.

Szkody, jakie wynikają dla ludności wskutek chorób wenerycznych (leczenie, lekarstwa, szpitale, przerwa w pracy, przejściowa i trwała niezdolność do pracy) są bardzo wysokie, a dla Rzeszy podał je prezydent Urzędu Zdrowia Rzeszy prof. Reiter w r. 1933 na kwotę 250 milionów marek rocznie.

Ze stanowiska polityki ludnościowej oznaczają choroby weneryczne pogorszenie rasy wskutek urodzin rocznie tysięcy dzieci chorych na kiłę, a prawdopodobnie także i niekorzystne wpływanie na dziedziczność jak też na konstytucję cielesną dzieci z małżeństw chorych na kiłę.

Mogą też choroby weneryczne w następstwie spowodować roczny bardzo wysoki spadek ilości narodzin; a to z jednej strony przez to, że wskutek cho-

roby ulega zniszczeniu lub zmniejszeniu zdolność rozrodcza u mężczyzny i kobiety, a z drugiej przez to, że wiele osób chorych wenerycznie z obawy przeniesienia choroby na męża, żonę lub dziecko albo w ogóle się nie żeni, albo jeżeli już się żenią, to wolą one pozostać bezdzietnymi, albo też ograniczyć się co do ilości dzieci. Doświadczenie uczy, że wielu zdających sobie sprawę z ogromu odpowiedzialności mężczyzn i kobiet z dobrą masą dziedziczną traci chęć posiadania dziecka właśnie wskutek zakażenia wenerycznego.

W opiece społecznej nad chorymi wenerycznymi i przy wykonywaniu tej opieki odrębność chorób wenerycznych w porównaniu z innymi chorobami, a szczególnie duchowy nastrój chorych wenerycznie ma znaczenie, którego nie należy nie doceniać.

Odrębność chorób wenerycznych zaznacza się tym, że są one wysoce zakaźne i łatwo przenaszalne, przede wszystkim przez obcowanie płciowe, że potrzebują one leczenia i nadzorowania, trwającego miesiące, lata, ba nawet dziesiątki lat, a przy kile między poszczególnymi okresami leczenia istnieją mniej lub więcej długie przerwy. Z reguły są one we wczesnym okresie wyleczalne, należy zatem dążyć do wczesnego ich wyleczenia poprzez wczesne rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia. Przynajmniej w okresie początkowym, i o ile przebiegają bez powikłań, są one rzadko tylko związane ze szczególnymi dolegliwościami, często nie dają żadnych zewnętrznych objawów (jak chroniczna rzeżączka i *lues latens*); wreszcie wyleczenie ich daje się stwierdzić tylko z trudem.

Przy zajmowaniu się chorymi wenerycznie należy też zwrócić szczególną uwagę na odrębny stan duchowy większości chorych wenerycznie. Chociaż nie ma mowy o neurastenii seksualnej, to jednakże chory wenerycznie czyni wrażenie mniej lub więcej przygnębionego, obawia się on wobec rodziny, czy w miejscu swego zatrudnienia, ujawnienia swej choroby, a przez to sporów rodzinnych, uszczerbku dla swego osobistego poważania, albo nawet utraty swej działalności zawodowej. Dlatego też trwożliwie unika on ujawnienia swej choroby wenerycznej, i to nawet narażając się na niebezpieczeństwo wejścia w konflikt z ustawą, i pytany o to zaprzecza, jakoby był teraz czy przedtem chory wenerycznie. Często długotrwające leczenie u lekarza czyni z niego zrozpaczonego, nieufnego, upadłego na duchu i wtedy powstaje skłonność do nieregularnego przeprowadzania kuracji, czy nawet zupełnego przerwania leczenia.

Aczkolwiek przeprowadzono wiele badań, dotychczas nie udało się uzyskać całkowitego obrazu rozpowszechnienia chorób wenerycznych.

Opór pacjentów, a okolicznościowo także lekarzy, nie pozwolił dotychczas na uzyskanie tak obszernego poglądu, ażeby z uzyskanych wyników można było pewnie wnioskować o stanie rzeczy w Rzeszy. Charakter choroby i nieudolność szerokich kół przyczyniają się ponadto do tego, że pożądana pewność poznania jej rozpowszechnienia obciążona jest wciąż piętnem nieścisłości. Dlatego też chcę oszczędzić tutaj podawania dotyczących cyfr.

Jak wiadomo, największą część winy w rozpowszechnianiu chorób wenerycznych ponosi prostytucja. Dlatego też, skoro już poznano istotny udział prostytucji w rozpowszechnianiu chorób wenerycznych, to walka z chorobami wenerycznymi coraz to bardziej musi się stawać walką z prostytucją.

Prostytucja może być ukrytą, czyli tajną, lub też jawną.

Przy prostytucji tajnej mówi się o

a) prostytucji zawodowej, której przedstawicielki z jakichkolwiek powodów podają jakiś inny pozornie tylko wykonywany zawód cywilny jako pokrywkę dla swego zajęcia nierządnego;

b) prostytucji „często-zmiennych stosunków płciowych“, przy której kobiety ze wszystkich warstw społecznych uprawiające „często-zmienne“ stosunki płciowe, starają się dochodami z tego źródła poprawić swą stopę życiową;

c) prostytucji okolicznościowej, której przedstawicielki uprawiają prostytucję w ten sam sposób, jak przy prostytucji „często-zmiennych stosunków płciowych“, jednakże czynią to tylko okolicznościowo.

Niebezpieczeństwo rozszerzania chorób wenerycznych przez prostytucję tajną wynika z następujących powodów:

1) prostytucję tajną uprawiają kobiety początkujące, które wskutek swej młodości i niedoświadczenia w sprawach płciowych stanowią największy odsetek wszystkich chorych wenerycznie;

2) przeważnie nie stoją one pod kontrolą lekarską, a rodzaj obcowania płciowego nie zezwala mężczyźnie na dostateczne zabiegi zapobiegawcze przed i po obcowaniu;

3) stosowane przez nie metody ukrywania są często pociągające i interesujące, dlatego też wychodząca od nich pokusa jest większa, a przygodny partner skłonny jest do lekkomyślności pod względem higieniczno-płciowym;

4) wydatki, jakie mogą czynić przedstawicielki tajnej prostytucji, stanowią dla wrażliwych na to przyjaciółek niebezpieczeństwo obyczajowe i podniecają je do naśladownictwa, tembardziej, że na utajonej prostytucji nie ciąży piętno prostytucji publicznej;

5) skuteczne nadzorowanie jej jest sprawą nadzwyczaj trudną;

6) ukrytą prostytucję szacuje się jako 5—10 razy większą od prostytucji jawnej.

Nas interesuje tutaj jednak w pierwszym rzędzie prostytucja reglamentowana, przy której istnieje możliwość ograniczenia na skutek nadzoru zdrowotnego w jakiejkolwiek postaci. Przedstawicielki tej prostytucji oznacza się jako dziewczęta kontrolowane lub rejestrowane.

Odróżniamy trzy postaci prostytucji reglamentowanej:

a) prostytucja uliczna. Nadzoruje się tu miejsce pozyskiwania klienteli, lecz nie miejsce uprawiania prostytucji.

b) Prostytucja mieszkaniowa wyróżnia się tym, że przy niej podlega kontroli miejsce uprawiania prostytucji, a nie miejsce pozyskiwania klientów. Wykonywanie takiej prostytucji odbywa się w nadzorowanych policyjnie chwilowo wynajmowanych mieszkaniach czy też hotelach godzinowych.

c) Prostytucja skoszarowana. Dla nadzorowania tej formy prostytucji poddaje się nadzorowi zarówno miejsce pozyskiwania klienteli jak też miejsce prostytucji.

Przy skoszarowanych prostytutkach najbardziej celowym będzie rozróżnić:

1) **bremeński system** gospodarowania, przy którym prostytutki w prowadzonym przez siebie własnym gospodarstwie zachowują pełną samodzielność oso-

bistą w stosunku do osób dających im mieszkanie, tak że ich pomieszczenie prawie nie różni się od normalnej umowy czynszowej.

2) **system domów publicznych,** przy którym prostytutki popadają w daleko idącą zależność od dającego im pomieszczenie, tak że stają się jakby jego pracownicami. Mieszkanie takich dziewcząt publicznych nazywa się domem publicznym.

Podczas gdy w średniowieczu i aż do wieku XIX domy publiczne były czymś powszechnie znanym, prawie ulubionym miejscem spotkań, to od końca XIX wieku zaznacza się stały spadek ilości domów publicznych w wielkich miastach.

Charakterystycznym dla domów publicznych było:

1) ograniczenie wolności dziewcząt,
2) łatwa możliwość wyzysku ze strony dającego mieszkanie,
3) szkoła perwersji,
4) miejsce nadużycia alkoholu.

Niemiecką ustawą dla zwalczania chorób wenerycznych z 18. lutego 1927 r. zabroniono wedle § 17 koszarowania prostytutek. Przed wydaniem tej ustawy, która nie wyszła wcale z praktycznych doświadczeń, lecz podyktowana została od zielonego stolika i przejęta była liberalistycznym sposobem myślenia, istniała zasada karalności kobiet uprawiających prostytucję, oraz rejestracja policyjna, która uprawniała do wydawania przepisów i zakazów. § 17 ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych (zakaz koszarowania prostytutek) nie odpowiadał praktycznym i rzeczywistym stosunkom w Rzeszy. Po prostu przeszkodził on większemu nadzorowaniu prostytucji, równocześnie nie potrafił jednak usunąć skoszarowania. Dlatego też paragraf ten — jak to już się stało przy wprowadzaniu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych w okręgach Rzeszy w Austrii i w okręgu Sudeckim — pozbawiony został mocy obowiązującej rozporządzeniem rady ministrów dla obrony Rzeszy z dnia 21. X. 1940.

Ponieważ w Bremie rozwiązano sprawę skoszarowania dziewcząt publicznych w sposób wzorowy, należy zapoznać się bliżej z tamtejszymi urządzeniami i ich korzyścią dla zwalczania chorób wenerycznych.

Brema jest miastem portowym o wielkim ruchu emigracyjnym. Zawija tam wiele obcych okrętów ze swymi załogami. To prowadziło zawsze do szczególnego nagromadzenia się większej ilości prostytutek. Wprowadzona od 1846 r. reglamentacja okazała się niedostateczną. Aby ukrócić prostytucję, skoncentrowano w r. 1878 żyjące w miejscu w rozsypce prostytutki na jednej ulicy (Helenenstraße obecnie Frankenstraße) i oddzielono je od pozostałej ludności.

Ulicę urządzono jako ulicę ślepą i oddzielono wysokim murem od sąsiedztwa. Dla mieszkanek tej ulicy urządzono mieszkania kompletnie umeblowane, bez zarzutu pod względem higienicznym. Zamalowane olejno szyby okienne ukrywają zachowanie się prostytutek przed oczyma przechodniów i sąsiedztwa. W osobnym domu pomieszczono większą ilość łazienek, jak również pokoi dla badań lekarskich. Te ostatnie składają się z gabinetu do badań, przedpokoju i dwóch łazienek. Gabinet badań wyposażono we wszystkie nowoczesne przyrządy dla badań mikroskopowych i serologicznych. Badania odbywały się dwa razy na tydzień, a do badania zgłaszać się miały wszystkie dziewczęta. Niemożność zgłoszenia się z powodu choroby należało dowieść przy pomocy świadectwa lekarskiego, a również i każde stwierdzone zachorowanie kiłowe czy innego rodzaju musiano natychmiast podać do wiadomości urzędującego lekarza. Przy każdym podejrzanym rozmazie następowało natychmiastowe przekazanie dziewczęcia do szpitala.

Za każde badanie prostytutki musiały płacić określoną opłatę, za co na wypadek choroby przyznawano im bezpłatne leczenie w szpitalu.

(C. d. n.)

Mimo urzędowego ustalenia terminu dla podjęcia dowodów osobistych względnie kart przydziału spirytusu i mydła, pewna część lekarzy, lekarzy-dentystów i położnych zamieszkałych w Krakowie nie podjęła jeszcze swych dowodów.

Izba Zdrowia wzywa wyżej wymienione zawody lecznicze do pobrania dowodów osobistych w terminie do 26 kwietnia b. r.

Ci, którzy w powyższym terminie nie podejmą dowodów osobistych, narażają się na niebezpieczeństwo utraty prawa wykonywania swego zawodu, a w każdym wypadku pobierać się będzie od nich dodatkowe opłaty karne.

Sprawy zapalne swoiste w jamie ustnej

Napisał: lekarz-stomatolog Julian Łęczyński, zarządca działu zawodowego: Izby lekarsko-dentystyczne w Izbie Zdrowia.

(Dokończenie)

Poza omówionymi w poprzednich artykułach procesami swoistymi, t. j. gruźlicą i promienicą, możemy się spotkać w obrębie jamy ustnej z objawami trzeciego z rzędu schorzenia tej grupy, a mianowicie kiły (*lues*). Kiłę wywołuje krętek blady (*Spirochaete pallida*, *treponema pallidum*), pasożyt, odkryty w r. 1905 przez Schaudinna i Hoffmanna. Zakażenie kiłą może nastąpić wyłącznie w warunkach, umożliwiających przedostanie się do ustroju krętków bladych. Takimi warunkami są wszelkie miejsca, w których ciągłość powłok (naskórek, błona śluzowa) uległa przerwaniu, a więc wszelkie pęknięcia, draśnięcia, nadżerki, rany,

owrzodzenia, przetoki itp.; nieuszkodzony naskórek wzgl. nabłonek błony śluzowej stanowią wystarczającą przeszkodę dla tego zakażenia.

Krętki blade, wtargnąwszy przez wrota zakażenia, mnożą się w tym miejscu oraz rozprzestrzeniają w ustroju przeważnie drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Okres wylęgania trwa mniej więcej trzy tygodnie, kończąc się powstaniem w miejscu wtargnięcia zmiany pod nazwą wrzodu pierwotnego (*sclerosis initialis, ulcus durum*), będącej pierwszym okresem tej choroby. Dwa następne okresy łącznie z poprzednim stanowią cykl tego schorzenia, w którym dwa pierwsze przebyć musi zakażony bezwzględnie, trzeci natomiast w przypadku systematycznego leczenia może nie mieć miejsca.

Kiła może być nabyta lub wrodzona.

Jeżeli idzie o **kiłę wrodzoną,** to poza innymi interesują lekarzy-dentystów i stomatologów przede wszystkim te zmiany, jakie proces ten przeprowadza w uzębieniu. Zmiany te są częścią składową ważnego dla kiły wrodzonej zespołu rozpoznawczego, zwanego trójcą (*triadą*) Hutchinsona. Na ten zespół rozpoznawczy składają się: zmiany w uzębieniu, w oku (miąższowe zapalenie rogówki) oraz w uchu (schorzenie błędnika, prowadzące do głuchoty).

Zmiany w uzębieniu występują przeważnie w uzębieniu stałym, jakkolwiek mogą, choć rzadko, być zauważone również w uzębieniu mlecznym, dotyczą zaś szkliwa, a więc tkanki o bardzo niskiej żywotności. Początek tych zmian według Fourniera sięga bardzo wczesnego okresu, a mianowicie okresu tworzenia się brodawki zębowej i krętek blady uszkadza nie ząb gotowy, lecz komórki ząb wytwarzające, a więc zawiązek zęba. Zawiązki zębów, jak wiemy, powstają w różnym czasie i na różne okresy życia przypada ich proces wapnienia. Z tych powodów i zmiany kiłowe usadawiają się w procesach wapnienia, przebiegających zarówno w okresie życia płodowego jak i pozapłodowego i będą dotyczyć rozmaitych części i zębów.

Istotą tych zmian jest wytwarzanie się nacieków w miejscach wapnienia i jego przebieg po torze nieprawidłowym, w którego wyniku występuje przede wszystkim niedostateczne tworzenie się szkliwa. Miejsca te są następnie bardzo mało odporne i łatwo ulegają uszkodzeniom, które przyjąć mogą najrozmaitsze formy. Zasadniczo typowymi dla kiły wrodzonej są zmiany, występujące w górnych środkowych siekaczach, a charakteryzujące się przeważnie półkolistym wgłębieniem brzegu siecznego i bocznymi jego zaokrągleniami (kształt beczkowaty). Zmiany kiłowe dotyczyć mogą również siekaczy bocznych wzgl. dolnych, wreszcie i kłów, które przyjmują kształt szpikulców, lub mogą wystąpić na trzonowcach. Do trwałych znamion kiły wrodzonej należą jednak zmiany w górnych siekaczach centralnych — w innych zębach wystąpić mogą wskutek przebytej krzywicy (*rachitis*). Poza opisanymi wyżej zmianami mogą wystąpić ubytki szkliwa linijne lub punkcikowate wzgl. wzgórki na powierzchni podniebiennej drugich trzonowców (*tuberculum Carabelli*), wreszcie odchylenia co do wielkości zębów i prawidłowego ich ustawienia w łuku zębowym.

Zespół tych wszystkich zmian, a przede wszystkim dotyczących szkliwa, które w formie takiej czy innej nie wystąpiło zupełnie lub wystąpiło w niedostatecznie grubej warstwie, jest łamliwe i mało odporne, powoduje, że próchnica jako proces bakteryjno-chemiczny ma łatwy dostęp do niechronionej lub niedostatecznie chronionej zębiny, a w wyniku prowadzi do szybkiego zniszczenia uzębienia.

Jeżeli idzie o **kiłę nabytą,** to rozróżniamy w niej trzy odrębne okresy z właściwymi każdemu z nich typowymi objawami. Znamieniem **okresu pierwszego** kiły jest wrzód — objaw pierwotny (*ulcus durum, sclerosis initialis*), który powstaje jako odczyn tkanki w miejscu wtargnięcia do ustroju krętka bladego, kończąc swym wystąpieniem pierwszy okres wylęgania choroby, trwający zasadniczo mniej więcej trzy tygodnie.

Wrzód (objaw) pierwotny występuje przeważnie pod postacią niewielkiego, niezbyt wyraźnie ograniczonego nacieku o brzegach równych, gładkich, przechodzących łagodnie w otaczającą tkankę. Dno wykwitu jest płaskie, gładkie, równe, o zabarwieniu przeważnie szarym lub czerwonym, zbliżonym do koloru świeżego mięsa. Przy badaniu dotykiem stwierdza się charakterystyczne dla procesu kiłowego stwardnienie wykwitu, będące odpowiednikiem swoistego odczynu tkankowego i jego morfologicznej budowy (komórki plazmatyczne, zróżnicowane komórki łączno-tkankowe i luźne). Wrzodowi pierwotnemu towarzyszą charakterystyczne zmiany w układzie chłonnym: najbliższe gruczoły chłonne wykazują wybitne powiększenie bez zmiany właściwych im kształtów, są twarde, niebolesne i ruchome. Zapalenie naczyń chłonnych w sąsiedztwie wrzodu pierwotnego stanowi dość częste jego powikłanie.

Jeżeli wrzód (objaw) pierwotny znajduje się w obrębie jamy ustnej, wykazuje zazwyczaj odstępstwo od wspomnianych wyżej cech typowych, ulega bowiem stałej maceracji w tym środowisku i łatwo może być wzięty za objaw spraw postaciowo zbliżonych. Wątpliwości pod tym względem usunąć należy, uciekając się do rozpoznania różniczkowego możliwych w jamie ustnej wykwitów, stwierdzenia charakterystycznych objawów w najbliższych gruczołach chłonnych, badania mikroskopowego wysięku na krętki blade, a w pewnych wypadkach także do próby Wassermanna.

W obrębie jamy ustnej spotykamy się najczęściej z wrzodem (objawem) pierwotnym na wargach jako wyrazem pośredniego zarażenia się kiłą (pocałunki), rzadziej w obrębie jamy ustnej właściwej.

Wrzód pierwotny wskutek swoistego leczenia ogólnego ustępuje dość szybko, lub goi się nawet samoistnie po trzech do sześciu tygodniach. Mniej więcej w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po zarażeniu kiłą występują, w przeciwieństwie do okresu pierwszego objawów miejscowych, objawy ogólne kiły, stanowiące **okres drugi** tej choroby, trwający przeciętnie 2—3 lata. Uogólnienie procesu kiłowego w ustroju w tym okresie daje w wyniku obfitość i różnorodność objawów chorobowych, odróżniających się nie tylko swą postacią, lecz umiejscowieniem i przebiegiem.

Poza innymi objawami tego okresu interesują przede wszystkim lekarzy-dentystów i stomatologów te zmiany, które występują w obrębie jamy ustnej. Zmiany te dotyczą błony śluzowej jamy ustnej, a ich istotą anatomo-patologiczną są nacieki kiłowe zbudowane z plazmatocytów, limfocytów i komórek tkanki łącznej. Morfologicznie rozróżniać należy wśród tych zmian wykwity plamiste, guzkowe oraz wrzodziejące.

Wykwity **plamiste,** występujące na błonie śluzowej, dają kliniczny obraz plam białawych, początkowo nieco opalizujących, z odcieniem szarym, i wygląd ich porównać można do serwatki po zsiadłym mleku. Wystąpienie tego zabarwienia jest wyrazem pozbawienia

żywotności nabłonka, pokrywającego niewielkie nacieki umiejscowione w błonie śluzowej. Gdy nabłonek ulegnie zniszczeniu, to w miejsce plamek opalizujących wystąpią plamki obnażone, zaczerwienione, o wąskim czerwonawym rąbku zapalnym, sączące płyn surowiczy.

Opisane wykwity plamiste są zazwyczaj wielkości ziarna soczewicy i posiadają różnorodne kształty o brzegach dość wyraźnie ograniczonych, lecz nierównych i nieprawidłowych. Występują one zazwyczaj w miejscach wystawionych na stałe urazy, a więc na przedniej, bocznej i grzbietowej powierzchni języka, na łukach podniebiennych, migdałkach i na wewnętrznej powierzchni policzków, w szczególności w miejscach drażnionych kikutem zęba lub protezą.

Zespół tych objawów pod nazwą **łuszczycy kiłowej jamy ustnej** (*leukoplakia buccalis luetica*) odróżniać należy od łuszczycy tytoniowej, której właściwym umiejscowieniem jest kąt ust i przedni odcinek grzbietowej powierzchni języka, dalej od łuszczycy, powstałej skutkiem miejscowego podrażnienia, a kształtem swoim i umiejscowieniem odpowiadającej przedmiotowi wywołującemu stałe podrażnienie, wreszcie od liszaja czerwonego płaskiego (*lichen ruber planus*), występującego przeważnie na wewnętrznej powierzchni policzków lub bocznych języka o zabarwieniu białym lub szarawym z odcieniem liliowym oraz powierzchnią szorstką.

Przy dłuższym trwaniu wykwitów plamistych nacieki, będące ich przyczyną, powiększają się, a w wyniku powstają **wykwity guzkowe.** Nabłonek, jakkolwiek górna jego warstwa uległa złuszczeniu, w całości grubieje i w ten sposób guzek staje się bardziej wybitny. Wykwity guzkowe wystąpić mogą pod postacią guzków nadżerkowatych (*papulae erosivae*), lub guzków przerosłych (*papulae hypertrophicae*), wreszcie lepieży płaskich (*condylomata lata*). Guzki te są koloru mlecznego, podniesione, pokryte nabłonkiem sinawym opalizującym, gładkie, twarde, niebolące, sączące, otoczone bardzo słabo wyrażonym rąbkiem zapalnym, nie mającym cech ostrego zapalenia. Przy tym obrazie klinicznym uderza fakt, że tym głęboko usadowionym w tkankach zmianom towarzyszy nieproporcjonalnie słaby stan zapalny.

Trzecim rodzajem wykwitów okresu drugiego kiły, występujących w jamie ustnej, są **wykwity wrzodziejące.** Wykwity te są analogiczne z wykwitami krostkowymi (*pustula*), lecz w warunkach jamy ustnej trudno jest o powstanie strupa, w którego miejsce dzięki maceracji oraz łatwości lokalnej infekcji banalnej wytwarza się wrzód. Wielkość wykwitów wrzodziejących w jamie ustnej jest różna, o średnicy dochodzącej nierzadko do 3 cm: zarysy są prawidłowe owalne lub okrągłe, chociaż brzegi mogą być często poszarpane; dno pokryte jest wydzieliną surowiczo-ropną, podstawa zawdzięczając istnieniu nacieków jest wyraźnie stwardniała. Owrzodzenia te są zazwyczaj żywo bolesne, w wyniku wtórnego zakażenia drobnoustrojami banalnymi i stałego drażnienia (maceracja).

Wykwity wrzodziejące występują najczęściej w miejscach, gdzie błony śluzowe ze sobą się stykają i gdzie są zachyłki, a więc: pod językiem, poza zębami mądrości, na migdałkach oraz w fałdach między łukiem podniebiennym a migdałkami (*angina luetica*).

Obecność tych wykwitów na miękkim podniebieniu i migdałkach różnicować trzeba z objawami *angina follicularis* lub *lacunaris*, przy których wrzody są niewielkie, drobne, natomiast otoczenie silnie zapalne, w przeciwieństwie do wielkich wrzodów i słabego odczynu zapalnego otoczenia przy *angina luetica*. Mikroskopowo w sposób prosty możnaby obraz kliniczny wykwitów i reakcji zapalnej otoczenia przy *angina luetica* przyrównać do chmur na nieboskłonie, podczas gdy przy *angina follicularis* lub *lacunaris* do gwiazd na niebie oczywiście koloru czerwonego.

Jak już wspomniałem **okres trzeci** kiły może, lecz nie musi mieć miejsca. Częstość jego występowania waha się w granicach od 5—40% i jest zależna bądź od niedostatecznego leczenia, bądź to od właściwości konstytucjonalnych lub zespołu warunków życiowych chorego. Między objawami kiły okresu drugiego a trzeciego nie ma właściwie ścisłej granicy, gdyż z jednej strony możemy mieć do czynienia z wielu postaciami przejściowymi, z drugiej mogą się zdarzyć przypadki współczesnego wystąpienia objawów obydwu tych okresów.

Typowym objawem dla trzeciego okresu kiły są kilaki, guzy wielkości rozmaitej, od ziarnka prosa do jaja gęsiego, zbudowane z tkanki zapalnej o przewadze limfocytów, komórek plazmatycznych i licznych komórek olbrzymich, a skłonne do rozpadu serowatego. Powiększają się odśrodkowo w tempie wolnym kosztem właściwej dla danego miejsca tkanki, powodując powstanie mniejszego lub większego ubytku tejże.

Kilak może się wessać samoistnie lub wskutek prowadzonego systematycznie leczenia, lub też otworzyć się na powierzchni narządu, o ile ta znajduje się w pobliżu, wreszcie ulec owrzodzeniu wskutek inwazji w jego obręb drobnoustrojów ropnych; zagłębienie otwartego kilaka drąży kraterowato w głąb tkanki, brzegi zagłębienia są podminowane. W efekcie przebiegu tych procesów przychodzi z czasem do wytwarzania się w powstałym ubytku w mniejszym lub większym stopniu tkanki zastępczej, a mianowicie tkanki łącznej, i w ten sposób do rekonstrukcji danego miejsca lub narządu; regeneracja tkanki właściwej, a więc powrót narządu do stanu prawidłowego jest w przebiegu procesu kiłowego niemożliwy.

Kilaki są zwykle kształtu kulistego lub owalnego, mogą jednakże występować również pod postacią nieprawidłowo ograniczonych nacieków mniej lub więcej rozległych. Kilaki małych rozmiarów noszą nazwę **guziczków** (*tuberculum syphiliticum*), właściwe ich umiejscowienie, to powierzchowne warstwy skóry lub błony śluzowej. Kilaki większych rozmiarów noszą nazwę **guzów** (*gummata profunda*) i umiejscowione są w warstwach głębszych skóry, względnie błony śluzowej, lub w tkance podskórnej i podśluzowej, a nawet w tkankach leżących jeszcze głębiej (mięśnie, okostna itp.).

Pomijając ze względów zrozumiałych opis objawów występujących w trzecim okresie kiły w innych okolicach ciała i narządach, przejdę do właściwego dla lekarzy dentystów i stomatologów terenu.

Na **wargach,** a w szczególności na wardze górnej, usadawiają się zwykle kilaki małych rozmiarów (guziczki) niebolesne, twarde, dość ściśle ograniczone, początkowo mało nad powierzchnię wzniesione, koloru początkowo czerwonego, następnie niebieskawego, przeobrażające się stopniowo w strupek, po którego odpadnięciu widzimy kraterowate zagłębienie o dnie łatwo krwawiącym, pokryte sadłowatym nalotem, wydzielającym surowiczo żółtawą ciecz. Guziczki te mają wybitną skłonność do obwodowego szerzenia się. Podczas gdy jedne guziczki bliznowa-

cieją, inne świeże powstają na obwodzie. Tak przebiegający proces bliznowacenia jednych i obwodowego tworzenia się świeżych guziczków, a więc jak gdyby pełzania tych wykwitów, przyczynił się do ustalenia nazwy dla tej postaci — **kiła pełzakowata.**

W obrębie **jamy ustnej właściwej** spotykamy się przeważnie z kilakami pod postacią nacieków umiejscowionych w błonie śluzowej lub podśluzowej, wykazujących wybitną skłonność do szybkiego rozpadu i szerzenia się owrzodzeń w głąb i wszerz. Tak postępujący proces niszczy tkanki i często prowadzi do perforacji podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych lub nawet podniebienia twardego.

Rozpad kilaków umiejscowionych w **migdałkach** prowadzi do powstania w ich obrębie zazwyczaj kilku owrzodzeń o brzegach zatokowatych nierównych i podminowanych oraz z dnem pokrytym słoninowatym nalotem.

Kiła okresu trzeciego zaatakować może również i **język** i wystąpić pod jedną z następujących trzech postaci, mianowicie: kiły kilakowatej, kiły niewrzodziejącej i kiły powierzchownej. Kiłę kilakowatą (*glossitis gummosa*) cechuje wytwarzanie się pojedynczych kilaków w części środkowej języka; małe twarde nacieki ulegające rozpadowi i owrzodzeniu w przeciwieństwie do podobnych owrzodzeń gruźliczych są bardzo mało bolesne. Owrzodzenia te po kilku miesiącach bliznowacieją, dając w efekcie bliznę gładką. Typowym dla kiły niewrzodziejącej języka (*glossitis sclerosa*) jest wytwarzanie się bardzo licznych małych nacieków w otoczeniu prawie wszystkich naczyń języka oraz jego przegrodach łącznotkankowych. Nacieki te nie mają skłonności do rozpadu, ulegają zabliźnieniu prowadzącemu w skutkach do zaciągnięcia powierzchni i zniekształcenia języka. W trzeciej wreszcie postaci, tj. kiły powierzchniowej języka (*glossitis specifica superficialis*), mamy do czynienia z wytwarzaniem się nacieków w tkance podśluzowej, mających skłonność do obwodowego szerzenia się, i to w tym stopniu, że w dość szybkim czasie obejmują one całą powierzchnię języka. Nacieki te bliznowaciejąc powodują, że fałdy i brodawki języka znikają, sam język staje się gładki, „lustrzany"; chorzy narzekają, że język mają sztywny i odczuwają w nim mrowienie. — Ta postać kiły języka jest często nie rozpoznawana, i zauważone zmiany oraz objawy subiektywne przypisuje się przeważnie skutkom nadmiernego palenia tytoniu.

Wspomnieć wreszcie należy, że dość często w okresie późnych następstw kiłowych (*tabes dorsalis*) wystąpić mogą pewne zmiany w obrębie nerwu trójdzielnego, objawiającego się obniżeniem czucia na dziąśle. Następstwem tego będzie nieodczuwanie przez chorego faktu nagromadzenia się przy dziąsłach resztek pokarmowych, co w skutkach prowadzi do procesów fermentacyjnych, wynikających stąd stałych podrażnień chemicznych i stanów zapalnych dziąsła, prowadzących znowu w skutkach do rozchwiania zupełnie nieraz zdrowych zębów. Nierzadkie również są przypadki, że w tych razach dochodzi ponadto z przebiegu przewlekłego ropnego procesu zapalnego do wydzielania się ponadto, wśród cuchnącej wydzieliny, fragmentów kostnych, tzw. martwiaków, wyrostka zębodołowego.

Leczenie kiły jest wyłącznie swoiste i należy do lekarzy specjalistów; pod działaniem leczenia swoistego ustępują poszczególne objawy tej choroby. Jednym jednak z warunków prawidłowego leczenia kiły jest doprowadzenie i utrzymywanie jamy ustnej w należytym stanie. Stąd też lekarz-dentysta w praktyce swej spotkać się może łatwo z tego powodu ze skierowaniem do niego chorego na kiłę. Poza przeprowadzeniem zabiegów lekarsko-dentystycznych przypaść mu może z konieczności w udziale ponadto i leczenie objawowe, w szczególności owrzodzeń w obrębie jamy ustnej. Owrzodzenia te pędzlować można bądź 5—10% roztworem lapisu lub 10%-wym kwasem chromowym; do płukania jamy ustnej stosujemy 3%-ową wodę utlenioną lub roztwór 1/3000—1/5000 nadmanganianu potasu. — Zalecenie czyszczenia zębów miękką szczoteczką, płukania ust po każdym jedzeniu, oraz pędzlowanie dziąseł odpowiednim środkiem ściągającym ma na celu zarówno utrzymanie jamy ustnej w stanie higienicznym, jak i zapobieżenie łatwo podczas procesu kiłowego występującym zapaleniom dziąseł.

Idea i jej urzeczywistnienie

Kilka uwag o rozwoju niemieckiego przemysłu farmaceutycznego

Napisał: Dr. med. A. Mertens, Kolonia.

W sprawozdaniu brytyjskiej rady naukowej za rok 1938 znaleźć można potwierdzenie faktu, że wynalazczość i produkcja wysokowartościowych leków chemoterapeutycznych jest wyłącznym monopolem niemieckiego przemysłu farmaceutycznego. Na dowód powyższego angielski organ oficjalny przytacza nazwy szeregu przetworów znanych w całym świecie, jak Salvarsan, Neosalvarsan, Atebrin, Plasmochin oraz najnowszy sukces prac chemoterapeutycznych w postaci odkrytego niedawno Prontosilu.

Długotrwałe i żmudne badania, przeprowadzane z wielkim nakładem pracy przez niemieckich uczonych, krok za krokiem wydzierały przyrodzie jej tajemnice, posuwając się szybko naprzód w nieznanej dotychczas dziedzinie. Równocześnie z postępami wiedzy zwiększało się z każdym dniem znaczenie przemysłu farmaceutycznego, który rozrósł się z czasem do rozmiarów czynnika decydującego w najżywotniejszych sprawach zdrowia publicznego. Z biegiem lat powstało w ten sposób jedno z najwspanialszych dzieł kultury, przynoszące pożytek zarówno dotkniętym chorobą mieszkańcom krajów cywilizowanych, jak i cierpiącym na zimnicę krajowcom z najodleglejszych okolic tropikalnych.

Skoro obecnie, ograniczając się jedynie do kilku przykładów, stwierdzimy uleczalność ciężkich chorób zakaźnych (zakażenie połogowe, róża itp.), kiły i in. lub spojrzymy na kolosalne postępy w leczeniu rzeżączki oraz na epokowe odkrycia w dziedzinie narkozy i znieczulenia miejscowego, skoro uprzytomnimy sobie spadek śmiertelności z powodu błonicy, która corocznie nie niszczy już setek tysięcy młodych istnień ludzkich, skoro wreszcie uświadomimy sobie, jak znacznie zmalała groza epidemij tropikalnych, dziesiątkujących niegdyś ludzkość — wówczas nie sposób pominąć milczeniem okoliczności, że każde z wymienionych osiągnięć, stanowiących chlubę niemieckiej wiedzy, wnosi jednocześnie niespożyte zasługi do skarbca kultury powszechnej.

Podstawowe znaczenie posiadają pionierskie prace niemieckich badaczy oraz niemieckiego przemysłu na polu badań z dziedziny hormonologii oraz nauki o witaminach. Usiłowania te zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem w postaci pierwszej syntezy jednego z hormonów, otrzymywanych od tej pory na drodze czysto chemicznej. Również w zakresie witamin powiodło się w Niemczech wytworzyć pierwszą syntetyczną witaminę, a mianowicie witaminę D. Dobroczynne skutki tego odkrycia coraz wyraźniej zarysowują się na tle wielkiej akcji walki z krzywicą, prowadzonej na terenie Rzeszy Niemieckiej. Akcja ta ma na celu, aby w przyszłości nie było w Niemczech ani jednego dziecka chorego na krzywicę.

Obok tego Niemcy były zawsze krajem przodującym w wytwarzaniu środków przeciwbólowych. Obecnie zagadnienie bólu zostało znacznie uproszczone. Człowiek nowoczesny posiada możność usuwania łagodniejszych dolegliwości bólowych, jak na przykład bólu głowy, nie będącego wyrazem poważniejszego schorzenia, przy pomocy proszków czy tabletek, podczas gdy dawniej leki tego rodzaju nie były znane, tak że w ciężkich stanach bólowych lekarze byli zmuszeni do szerokiego stosowania morfiny. Zasadniczy zwrot w tej sprawie dokonał się z chwilą przeprowadzenia w Niemczech syntezy chemicznej pierwszego leku przeciwbólowego. Z biegiem czasu przetwory tej grupy były stopniowo coraz bardziej udoskonalane, dzięki czemu obecnie jedynie w wyjątkowych przypadkach uciekamy się do stosowania morfiny. Skoro zaś weźmiemy pod uwagę, że niczym niezastąpiona do niedawna morfina jest narkotykiem, który u wielu chorych powoduje wystąpienie zgubnego nałogu, wówczas będziemy mogli zrozumieć, jak wielkie zasługi na tym polu położyła twórczość przemysłu niemieckiego.

W dziedzinie narkozy oraz znieczulenia poczyniono bardzo wartościowe odkrycia i wynalazki. Lekarze nie są już zdani na wyłączne stosowanie uśpienia chloroformowego lub eterowego, które mimo swej dużej wartości posiadają jednakże szereg braków. Obecnie mamy możność stosowania środków usypiających wstrzykiwanych wprost do krwiobiegu lub też wprowadzanych w postaci wlewek, po czym pacjenci w ciągu krótkiego czasu zapadają w narkozę, wyłączającą wszelkie uczucie bólu. Toteż ludzie XX wieku bez obawy pozwalają wykonywać u siebie np. te czy inne zabiegi dentystyczne, nie myśląc zupełnie o trudach, jakie ponieść musieli ludzie nauki, poświęcający się pracy nad zagadnieniem zwalczania bólu. Cierpienie zostało prawie zupełnie wyeliminowane z gabinetów dentystycznych całego świata przez skromną ampułkę Novocainy.

Na szczególne podkreślenie zasługują również zdobycze Niemiec na polu lecznictwa chorób tropikalnych; Niemcy bowiem, pozbawione kolonij, z punktu widzenia czysto narodowego nie były bynajmniej zainteresowane w usuwaniu trudności, które wyłoniły się w odniesieniu do stosunków zdrowotnych w krajach tropikalnych. Prace niemieckiego przemysłu farmaceutycznego na tym polu dowodzą jednak, że wiedza nasza nie jest tworzona wyłącznie do użytku własnego państwa, lecz rozpowszechniana szeroko z korzyścią dla całej ludzkości. Wszak spustoszenia, powodowane przez choroby podzwrotnikowe, są szczególnie wielkie, względnie też były takimi, przed udostępnieniem dla ich zwalczania odpowiednich leków, właśnie pochodzenia niemieckiego. Jako przykład posłużyć może znaczenie atebryny i plasmochiny w zwalczaniu zimnicy, będącej najbardziej rozpowszechnioną chorobą świata; jak wiadomo, w samych Indiach corocznie dwa miliony ludzi umiera z powodu malarii. Skoro dalej weźmiemy pod uwagę, że śpiączka, dziesiątkująca niegdyś całe plemiona afrykańskie, oraz kala-azar, prowadząca dawniej w ciągu 1½—2 lat nieubłaganie do śmierci, stały się obecnie chorobami zupełnie dobrze uleczalnymi, wówczas dopiero będziemy mogli należycie ocenić, jak niezwykle pożyteczne były dla ludzkości wysiłki badaczy niemieckich. Nazwy jak Germanin (Bayer 205), Atebrin i Plasmochin, Neostibosan oraz Fuadin zostały nierozerwalnie związane z pojęciami znanymi wszystkim lekarzom świata.

Przytoczone przykłady są tylko pojedynczymi ogniwami w długim łańcuchu faktów, tym nie mniej jednak dowodzą jasno, w jak znacznym stopniu wszystkie narody świata biorą udział w korzyściach wynikających z osiągnięć pracy niemieckiej. Tak więc prof. dr med. Hauer w swym dziele pod tytułem „Światowe znaczenie niemieckiej medycyny tropikalnej" wyraża się w sposób następujący: „Jeśli uzmysłowimy sobie siłę działania i trwałość zasięgu wszystkich cudownych wprost leków, którymi został obdarowany świat przez niemieckich badaczy okresu powojennego, wówczas możemy powiedzieć sobie z dumą: Doprowadzając do gruntownej zmiany w stosunkach zdrowotnych uprzystępniliśmy znacznie strefy kolonialne i stoimy obecnie w przededniu wywołanej przez Niemcy zbawiennej rewolucji w dziedzinie higieny!"

Szczególną uwagę należy poświęcić tu korzyściom społeczno-gospodarczym, wynikającym z nowoczesnych sposobów leczenia. Wszakże dużą różnicę stanowi okoliczność, czy pacjent leczący się np. z powodu zimnicy musi przyjmować chininę w ciągu 21 dni, aby uzyskać zdolność do pracy, czy też wystarcza mu 5—7 dniowa kuracja atebryną i plasmochiną. Dla jednostki oznacza to zyskanie 14—16 dni roboczych, jednakowoż, wobec niezwykłej częstości choroby w krajach podzwrotnikowych, suma osiągnięta z dodania poszczególnych przypadków stanowi olbrzymią ilość dni roboczych. Poza tym wytwarzanie leków na drodze chemicznej doprowadziło do znacznej obniżki ich ceny. Na dowód powyższego przytoczymy chociażby jeden przykład: czysty przetwór witaminy B_1, otrzymany z surowców naturalnych, ceną swą kilkakrotnie przewyższa tę samą witaminę przeciwneurytyczną, otrzymaną na drodze syntetycznej.

W szeregu leków służących zwalczaniu chorób zakaźnych duże znaczenie posiadają także surowice i szczepionki. Również i w tej dziedzinie wydały

Niemcy swego genialnego uczonego, jakim był Emil von Behring, twórca surowic leczniczych, który w r. 1891, dzięki wprowadzonej przez siebie surowicy, ratował po raz pierwszy życie dzieci chorych na błonicę. Również i szczepienie zapobiegawcze przeciwko błonicy, znajdujące obecnie ku pożytkowi młodzieży coraz szersze zastosowanie, opiera się na genialnym założeniu opracowanym przez tegoż wielkiego badacza. Obecnie ludzkość wyciąga pożytek z prac zapoczątkowanych przez Emila von Behringa, dzięki któremu setki tysięcy dzieci zostaje corocznie uratowanych od śmierci z powodu błonicy, w czasie wojny zaś żołnierze nie giną masowo jak w wojnach poprzednich z powodu tężca i zgorzeli gazowej a cały szereg innych chorób można również skutecznie leczyć przy pomocy odpowiednich surowic i szczepionek.

Jak każda istota żywa, tak i zwierzęta wymagają ochrony swego zdrowia. Współczesna medycyna weterynaryjna posiada do swej dyspozycji liczne przetwory stanowiące plon badań niemieckiego przemysłu chemicznego, który również w dziedzinie gospodarki narodowej wszystkich krajów oddał ogromne usługi.

Rośliny, będące również istotami żywymi, wymagają ochrony nie tyle same dla siebie ile ze względu na zagadnienia aprowizacyjne. Niezwykle ważne te problemy czekały swego rozwiązania od setek lat. Jeśli obecnie omawiane zagadnienia zostały w najważniejszych zarysach rozstrzygnięte, to i na tym polu nie obeszło się bez znacznego wysiłku przemysłu niemieckiego. W rezultacie jednak rozmiary szkód żywiołowych uległy znacznej redukcji dzięki środkom do zaprawy nasion siewnych ochraniających zboża, bądź przetworom do rozpylania, służącym do tępienia szkodników wywołujących choroby w ogrodach owocowych i winnicach.

Lecznictwo, badania nad nowymi przetworami oraz chemia współczesna poczyniły nadspodziewanie wielkie postępy w ciągu niewielu dziesiątków lat. Czymże byłaby ludzkość bez nich! Skoro przeniesiemy się myślą o jeden wiek wstecz, wówczas dopiero ocenimy kolosalną różnicę pomiędzy przeszłością a teraźniejszością. Oczywiście śmierci ludzkość nie zwycięży, nawet gdyby nauczyła się zwalczać wszystkie choroby; mimo tego jednak postępy lecznictwa są wprost olbrzymie. Na podstawie współczesnych statystyk można ustalić, że wiek przeciętny człowieka znacznie się przedłużył oraz że śmiertelność uległa znacznemu obniżeniu, co zawdzięczać należy między innymi zmianie warunków życiowych ludzkości, postępom higieny społecznej, przede wszystkim zaś dużej wiedzy współczesnych lekarzy jak również wysokiemu poziomowi współczesnych badań farmakologicznych.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.

CENNIK OGŁOSZEŃ

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm.
1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna	Zł 537·60
1 mm w 1 łamie . . .	0·24

OPUSTY:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

DOPŁATY:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . . .	0·40

WOLNE POSADY:

za słowo	Zł 0.40
słowo tłustym drukiem . . .	0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.